

Antidiskriminierungsstelle des Bundes
Referat ADS-3
Grundsatzangelegenheiten und Beratung
Frau Isabella Zienicke
Glinkestraße 24
10117 Berlin

Ihr Schreiben vom 08.08.2014 – GZ 0890 S 275

„Anfrage zur Begutachtungsanleitung des MDS zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen bei Transsexualität“

Sehr geehrte Frau Zienicke,

zu Ihrer genannten Anfrage hat das Kompetenz-Centrum für Psychiatrie & Psychotherapie der MDK-Gemeinschaft und des GKV-Spitzenverbandes (KCPP) eine ausführliche Stellungnahme erarbeitet, die auf die von Ihnen gestellten Fragen im Detail eingeht.

Im Folgenden sind die Antworten des KCPP jeweils direkt Ihren Fragen zugeordnet. In den Punkten 3 und 4, die sich explizit auf juristische Fragen zu dem Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EGMR) vom 12.06.2003 bezogen, sind die entsprechenden Passagen aus dem Urteilstext zitiert, die rechtlichen Aspekte wurden vom Stabsbereich Justitiariat des GKV-Spitzenverbandes geprüft und hier integriert.

1. *Wie werden die unterschiedlichen Zeiträume für eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung und Hormonbehandlung begründet?*

Die ADS teilt hierzu mit, dass die in der Begutachtungsanleitung angeführten Regelfristen für eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung nicht einheitlich bemessen würden. Während in der Regel für geschlechtsangleichende Maßnahmen eine psychiatrische Behandlung von 18 Monaten empfohlen wird, ist für eine Hormonbehandlung ein Zeitraum von 12 Monaten vorgesehen.

Die Begutachtungsanleitung des MDS (2009) bezieht sich auf die im Jahre 1997 erschienenen „Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen“ der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft (Becker et al., 1997). Auch die verschiedenen Zeitangaben hinsichtlich psychotherapeutischer Behandlung, Hormonbehandlung und Alltagstest haben diese Standards zur Grundlage.

In der Begutachtungsanleitung des MDS sind jedoch keine „Regelfristen“ angegeben, sondern Zeitmindestangaben, die „in der Regel“ eingehalten werden sollen. Dass sich hier im Einzelfall Abweichungen nach oben oder nach unten ergeben können, ist selbstverständlich. Auf S. 17 der Anleitung heißt

es dementsprechend auch: „in begründeten Ausnahmefällen kann von den Zeitangaben abgewichen werden, um den therapeutischen Notwendigkeiten des Einzelfalls gerecht zu werden“.

Im Falle der Hormonbehandlung sind dies vor allem medizinisch-somatische Gründe, die je nach Einzelfall unterschiedlich sein können. So ist beispielsweise nach der Begutachtungsanleitung im Fall von Mann-zu-Frau eine gegengeschlechtliche Hormontherapie in ausreichender Intensität und Dauer durchzuführen (in der Regel mindestens 24 Monate), bevor ein operativer Brustaufbau vorgenommen wird, um zunächst die Brustbildung unter der Hormonbehandlung abzuwarten. Bei Frau-zu-Mann-Mastektomie reicht eine gegengeschlechtliche Hormonerersatztherapie von in der Regel mindestens 6 Monaten aus.

Für geschlechtsangleichende Operationen sind als Mindestzeitraum für die psychiatrisch / psychotherapeutische Behandlung 18 Monate angegeben, da der operative Eingriff in den gesunden Körper zur Behandlung einer psychischen Störung auch im Falle von Transsexualismus ultima ratio bleibt und dementsprechend die Erfüllung der hierfür aufgestellten Kriterien voraussetzt, insbesondere auch längere psychiatrische Behandlungsversuche (BSG 06.08.1987, 3 RK 15/86, s. Offcor, 2012).

Neben den Risiken, die geschlechtsangleichende Operationen bergen, sind auch die Risiken der gegengeschlechtlichen Hormontherapie zu berücksichtigen und im Einzelfall abzuwägen. Die gegengeschlechtliche Hormontherapie, die lebenslang fortgesetzt werden muss, hat nicht nur irreversible körperliche Folgen, sondern kann gesundheitliche Risiken wie z.B. erhöhtes Thrombose-Risiko, Diabetes, chronische Hepatitis und Leberschäden mit sich bringen. Die Einleitung der gegengeschlechtlichen Hormonbehandlung sollte dementsprechend erst nach der psychiatrischen/psychotherapeutischen Indikationsstellung und nach einer Risikoabwägung erfolgen (z.B. Offcor, 2012, Hessisches LSG, 2012, pdf-Dokument).

Behandlungsfrequenz und -umfang der psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung richten sich nach der medizinischen Notwendigkeit. Die Ziele dieser Behandlung sind gleichzeitig die Voraussetzungen für somatische/operative Maßnahmen.

Hierbei ist auch zu beachten, dass eine Hormonbehandlung die psychiatrische Diagnostik des Transsexualismus erheblich erschwert und eine im Einzelfall ungünstige vorzeitige Festlegung auf das gewünschte Geschlecht entstehen kann. Daher wird in der Begutachtungsanleitung des MDS eine mindestens 12-monatige psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung und Alltagserprobung vor der Hormonbehandlung vorausgesetzt.

2. Auf welche Grundlage stützt sich die Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung vor Durchführung geschlechtsangleichender Maßnahmen?

Transsexualismus (ICD-10: F 64.0) kann nur dann geschlechtsangleichende medizinische Maßnahmen, insbesondere operativer Art, rechtfertigen, wenn er in einer besonders tiefgreifenden Form vorliegt (vgl. Offcor, 2012). Nach richterlicher Rechtsprechung ist ein hiervon ausgehender Leidensdruck zu fordern, der Transsexualismus im Einzelfall Krankheitswert verleiht (BSG, Urteil vom 06.08.1987 – 3 RK 15/86) und den Anspruch auf notwendige Krankenbehandlung i.S. des § 27 SGB V rechtfertigt.

Nur dann, wenn psychiatrische und psychotherapeutische Mittel das Spannungsverhältnis und den hieraus resultierenden Leidensdruck nicht zu lindern oder zu beseitigen vermögen, kann es damit zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen gehören, die Kosten für geschlechtsangleichende Maßnahmen zu tragen (BSG, 10.02.1993, 1RK 14/92; Beschluss vom 20.06.2005-B 1 KR28/04 B; Sächsisches LSG 03.02.1999 L 1 KR 31/98). Hierauf rekurriert auch die Begutachtungsanleitung des MDS, in welcher gleich zu Beginn dargelegt wird, unter welchen Bedingungen die gesetzliche Krankenversicherung für geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität als Heilbehandlung leistungszuständig ist. Erst durch einen klinisch relevanten Leidensdruck wird Transsexualität im Einzelfall zu einer krankheitswertigen Störung bzw. zu einer behandlungsbedürftigen Erkrankung i.S. des Krankenversicherungsrechtes.

Es wurde bereits festgestellt, dass geschlechtsangleichende somatisch/operative Maßnahmen einen erheblichen medizinischen Eingriff darstellen. Schon aus diesem Grund ist neben der Feststellung des klinisch relevanten Leidensdrucks bei Transsexualität die Vermeidung von geschlechtsangleichenden Maßnahmen im Falle sogenannter „Falsch-Positiv“-Diagnosen ein wichtiges Ziel der sozialmedizinischen Beurteilung. Eine Vielfalt transsexueller Verläufe bzw. ganz unterschiedliche psychische/psychopathologische Entwicklungen münden in eine transsexuelle Symptomatik und nicht wenige transsexuelle Personen werden ohne jede Indikationsstellung operiert (Becker, 2004).

Aus den zuvor genannten Gründen dient die psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung ganz wesentlich dem Schutz der Versicherten und hat in Verbindung mit dem Alltagstest zentrale Bedeutung vor somatischen/operativen Behandlungsmaßnahmen. In der Regel handelt es sich um eine ambulante Psychotherapie, im Einzelfall kann auch eine mehr oder weniger weitmaschige psychiatrische Behandlung ausreichend sein.

Die Psychotherapie hat auch den Zweck, die Diagnose zu sichern (Verlaufsdagnostik) und zusammen mit dem Alltagstest den Betroffenen zu helfen, eine adäquate individuelle Lösung für sein/ihr spezifisches Identitätsproblem zu finden (Becker et al., 1997). Vor Einleitung organmedizinischer Maßnahmen sollten daher bestimmte Kriterien vorliegen, die im Rahmen der psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung überprüft werden (insbesondere: innere Stimmigkeit und Konstanz des Identitätsgeschlechts in der individuellen Ausgestaltung, Lebbarkeit der gewünschten Geschlechtsrolle, realistische Einschätzung der Möglichkeiten und Grenzen der hormonellen/operativen Behandlung).

3. An welcher Stelle finden die Erwägungen des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) vom 12.06.2003 (Ziffern 79-80), „dass nicht ohne Weiteres auf die Möglichkeit einer Psychotherapie als milderer Mittel zur Behandlung verwiesen werden darf“, Berücksichtigung in der Begutachtungsanleitung?

Die Erwägungen des EGMR im genannten Urteil vom 12.06.2003 wurden nicht explizit in der Begutachtungsanleitung des MDS aus 2009 berücksichtigt, da sie insbesondere im Zusammenhang mit dem verhandelten Antrag betrachtet werden müssen. Bei der Begutachtungsanleitung des MDS geht es um eine allgemeine Vorgehensweise bei der sozialmedizinischen Begutachtung. Einzelfälle finden somit in der Begutachtungsanleitung selbst keine besondere Berücksichtigung.

In den Ziffern 79-80 merkt der EGMR an, dass das Landgericht die Beschwerdeführerin im Widerspruch zu den Ausführungen im Sachverständigengutachten auf die Möglichkeit einer Psychotherapie als milderes Mittel zur Behandlung ihres Zustands verwiesen hat. Auch wurde festgestellt, dass das Landgericht/Kammergericht ungeachtet der eindeutigen gutachterlichen Empfehlung die Notwendigkeit der Geschlechtsangleichung aus medizinischen Gründen in Frage gestellt habe, ohne hierzu ergänzende ärztliche Auskünfte einzuholen.

Das EGMR rügt hier also insbesondere, dass das LG in diesem speziellen Fall entgegen einer Empfehlung des Sachverständigen und ohne ergänzende ärztliche Auskünfte eine Entscheidung getroffen hat.

Der Stabsbereich Justitiariat des GKV-SV merkt hierzu an, dass es dem EGMR darum ging, *„dass die deutschen Gerichte und insbesondere das Kammergericht Berlin im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung der Beschwerdeführerin mit ihrer privaten Krankenkasse den Zustand der Transsexualität nicht in angemessener Weise geprüft hätten. Der EGMR hat daher die zentrale Frage in der Anwendung bestehender Kriterien für die Erstattung von Heilbehandlungskosten auf den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Erstattung der Kosten für die geschlechtsangleichende Operation durch die deutschen Gerichte und nicht in der Rechtmäßigkeit dieser Maßnahmen im Allgemeinen gesehen. Außerdem kam es aus Sicht des EGMR nicht entscheidend auf den Erstattungsanspruch als solchen an, sondern auf die Auswirkung der Gerichtsentscheidungen auf das Recht der Beschwerdeführerin auf Achtung ihrer sexuellen Selbstbestimmung als ein Aspekt ihres Rechts auf Achtung ihres Privatlebens (vgl. EGMR, Urteil vom 12.06.2003, Az.: 35968/97, Rdnr. 78)“.*

Daher kann unseres Erachtens dem Urteil des EGMR vom 12.06.2003 nicht entnommen werden, dass die Kosten für geschlechtsangleichende Maßnahmen auch ohne vorherige psychiatrische Behandlung von den Krankenkassen erstattet werden müssen.

4. Inwieweit finden die Erwägungen des EMGR im Urteil vom 12.06.2003 Berücksichtigung, dass „es unverhältnismäßig sei, wenn eine Person einen Beweis für die Echtheit ihrer Transsexualität erbringen und die Beweislast für die medizinische Notwendigkeit einer solchen Behandlung erbringen muss“?

Die ADS verweist in ihrem Schreiben im Zusammenhang mit dieser Frage auf die Begutachtungsanleitung, in welcher geregelt ist, dass der Patient/die Patientin das Leben in der gewünschten Geschlechterrolle erprobt haben muss und dass ein solcher Alltagstest einer solchen Beweiswirkung nahekomme.

Das EMGR stellt diesbezüglich erneut in seinem Urteil fest, dass das Kammergericht eine Entscheidung ohne medizinische Sachkenntnis getroffen hat und folgert dementsprechend, dass das Kammergericht „von der Beschwerdeführerin nicht nur den Nachweis,...., sondern auch den Beweis für eine „Echtheit“ ihrer Transsexualität,...“ verlangte, womit den deutschen Behörden den ihnen nach Artikel 8, Absatz 2 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten zustehenden Ermessensspielraum überschritten habe.

Die Erwägungen des EMGR unterstreichen damit unserer Ansicht nach die Notwendigkeit einer psychiatrischen/psychotherapeutischen Einschätzung und Diagnostik des Transsexualismus durch medizinische Sachverständige. Zur diagnostischen Einschätzung gehören u.a. Informationen aus dem (psychotherapeutischen) Behandlungsverlauf und den Erfahrungen aus dem Alltagstest. Die Intensität des Geschlechtsumwandlungswunsches und die Selbstdiagnose allein können nicht als zuverlässige Indikatoren für das Vorliegen einer Transsexualität gewertet werden. Eine zuverlässige Beurteilung ist nur im Rahmen eines längerfristigen diagnostisch-therapeutischen Prozesses möglich. Wesentlicher Teil dieses Prozesses ist auch der sogenannte Alltagstest, in dem der Patient kontinuierlich und in allen sozialen Bereichen im gewünschten Geschlecht lebt (Becker et al., 1997).

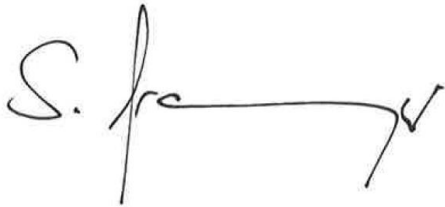
In der Begutachtungsanleitung des MDS geht es gerade nicht um den „Beweis für die Echtheit der Transsexualität“. Durch die Anleitung zieht sich wie ein roter Faden die Risikoabwägung, die Absicherung der Diagnose sowie die fortlaufende Verlaufsdagnostik, damit keine irreversiblen Folgen bei der Behandlung für den Betroffenen entstehen.

Auch beim Alltagstest („full-time, real-life experience“) geht es nicht um den „Beweis für die Echtheit der Transsexualität“, sondern sie soll den Betroffenen ermöglichen, selbst die innere Stimmigkeit des Identitätsgeschlechtes in seiner individuellen Ausgestaltung und realisierbaren Lebbarkeit der gewünschten Geschlechterrolle zu überprüfen. Die Dauer der Alltagserprobung ist dabei von Einzelfall zu Einzelfall unterschiedlich. Hierbei sind eben auch Unterschiede zwischen früh manifestierten „primären“ und später auftretenden „sekundären“ transsexuellen Entwicklungsverläufen sowie Unterschiede zwischen den oft unkomplizierten Frau-zu-Mann gegenüber oft konfliktreicheren Mann-zu-Frau Entwicklungen zu berücksichtigen.

Ich hoffe, dass die vorstehenden Ausführungen hilfreich für Sie sind und stehe für evtl. Nachfragen selbstverständlich gern zur Verfügung.

Einer Weiterleitung an den betroffenen Personenkreis steht aus meiner Sicht nichts entgegen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'S. Gronemeyer', with a stylized flourish at the end.

Dr. Stefan Gronemeyer
Leitender Arzt und stellv. Geschäftsführer